

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

THÈSE

603

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marie GOMOLITSKY

Docteur en Médecine de la Faculté de Pétrograd

Née le 12 Janvier 1878 en Sibérie à *Perossk*

Le Rôle de la Cinésithérapie
dans le

Traitement de la Stérilité féminine

TRAVAIL DE L'HOPITAL BROCA
(SERVICE DU PROFESSEUR J.-L. FAURE)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES N. MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1933

Le Rôle de la Cinésithérapie

dans le

Traitement de la Stérilité féminine

Année 1933

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marie GOMOLITSKY

Docteur en Médecine de la Faculté de Pétrograd

Née le 12 Janvier 1878 en Sibérie à *Peroussk*

Le Rôle de la Cinésithérapie

dans le

Traitement de la Stérilité féminine

TRAVAIL DE L'HOPITAL BROCA

(SERVICE DU PROFESSEUR J.-L. FAURE)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES N. MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1933

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DEGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	LENORMANT.
	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâ-
trie.
AUBERTIN .. Pathologie médicale.
BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
BROCO Pathologie chirurgicale.
BRULÉ Pathologie médicale.
BUSQUET ... Pharmacologie.
CADENAT ... Pathologie chirurgicale.
CATHALA ... Pathologie médicale.
CHABROL ... Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON Physique
DONZELOT . Pathologie médicale.
ÉCALLE Obstétrique.
FEY Urologie.
GASTINEL .. Bactériologie.
GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
chirurgicale.
GIROUD Histologie.
HALPHEN ... Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER ... Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN . Anatomie pathologique.
JOANNON ... Hygiène.

MM.

LABBÉ Henri. Chimie biologique.
LAROCHÉ Guy. Pathologie médicale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALÉNSI Neuro-psychiâtrie.
LIAN Pathologie médicale.
MONDOR Pathologie chirurgicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
OBERLING .. Anatomie pathologique.
OLIVIER Anatomie.
PIÉDELIÈVRE. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉZARY Dermatologie et syphi-
graphie.
TROISIER ... Pathologie expérimen-
tale et comparée.
VALLERY-RADOT
(Pasteur)... Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

LEQUEUX ... Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERRER .. Histologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER..	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.	METZGER ...	Clinique obstétricale.
MOCQUOT ..	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT ...	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MARI

*le Docteur en Médecine de la Faculté de Pétrograd,
Collaborateur dévoué,*

*en témoignage de ma profonde
affection.*

MEIS ET AMICIS.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur J.-L. FAURE

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté,

Membre de l'Académie de Médecine,

Commandeur de la Légion d'Honneur,

en témoignage respectueux de ma reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MON MAITRE

M. le Docteur DOUAY

Chef des Travaux de Gynécologie de la Faculté,

qui a dirigé mon travail avec sollicitude et m'a guidée de ses précieux conseils.

En témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A MES MAITRES

M. F. LEGUEU

*Professeur de Clinique d'Urologie,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.*

M. le Docteur J. FISCH

*Chef de Laboratoire à l'Institut de Puériculture
et à la Faculté de Médecine à Paris,*

*en témoignage de mon profond respect
et gratitude.*

M. le Docteur S. RABINOVITCH

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,*

*en reconnaissance sincère pour le bon
accueil dans sa clinique et les con-
seils scientifiques et pratiques qu'il a
bien voulu me donner pendant des
longues années de mes études à la
Faculté.*

M. le Docteur A. SIREDEY

Membre de l'Académie de Médecine.

*Hommage de respectueuse et profonde
reconnaissance.*

AUX DOCTEURS

M. REGNARD

*Chef de Laboratoire d'Electrothérapie gynécologique de la
Faculté.*

M. MAXIMIN

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.*

M. NYER

*Chef de Laboratoire à la Faculté,
Assistant d'Electrologie à l'Hôpital Necker.*

M. FAYOT

Chef de Clinique urologique à la Faculté.

M. DREYFUS

*Ancien Externe des Hôpitaux de Paris,
Assistant à la Clinique urologique à Necker.*

M. BAC

Assistant de Consultation à la Clinique urologique.

M^{me} FRANCILLON-LOBRE

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chargée de la Consultation gynécologique à la Salpêtrière,*

*dans les services desquels j'ai trouvé un
bon accueil et des notions utiles pour
ma thèse.*

Hommage et profonde reconnaissance.

M. DOLTO

*qu'il veuille accepter ma gratitude sin-
cère pour les conseils précieux qu'il
m'a donnés.*

M^{mes} Cécile DYLION et Hélène SOSNOVSKA

*qui ont bien voulu me prêter leurs
observations sur la question de la
thèse.*

*Qu'elles veuillent bien trouver ici l'ex-
pression de ma vive gratitude.*

MM. ALLÉE, CLÉMENT-SIMON, M^{me} DELBARY,
MM. DOURNEL, EYMÉOUD, M^{me} FABRE, MM. IM-
BERT, LASCAUX, MARCHAK.

Hommage respectueux,

Le Rôle de la Cinésithérapie dans le Traitement de la Stérilité féminine

Un déficit de 27.247 naissances.

*C'est la différence qu'accusent
les chiffres du premier semestre
1933 comparés à ceux de 1932.*

(Officiel.)

I

Les différentes Méthodes du Traitement de la Stérilité

L'étude des causes de la stérilité chez la femme et les recherches des moyens propres à y remédier ont, depuis longtemps, attiré l'attention des médecins.

Dans les derniers temps ont paru des ouvrages importants sur le traitement de la stérilité : celui du Dr Douay sur *la Stérilité d'origine tubaire* (1928), celui du Dr Châtillon sur *la Stérilité d'origine utérine* (1927). La stérilité fut l'un des sujets des travaux du congrès de Lyon en 1927. Le résumé de ces traitements nouveaux se trouve dans les articles suivants : J.-L. Faure et Siredey, *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, 1928; — Siredey,

Quelques considérations sur le traitement de la stérilité chez la femme, 1929.

Parmi les méthodes du traitement de la stérilité ont reçu un développement récent surtout : l'opothérapie, la diathermie, l'insufflation ou l'injection tubaire de lipiodol et la chirurgie des trompes et de l'utérus.

L'**opothérapie** ovarienne est restée longtemps complexe et empirique; des recherches récentes ont abouti à la distinction de trois hormones dans le suc ovarien : l'une qui réglerait l'ovulation et la menstruation, l'autre la nutrition des organes génitaux, et la dernière les relations de l'ovaire avec les autres glandes endocrines. L'opothérapie ovarienne est une de celles qui ont donné les succès les plus indiscutables, en constituant une médication pathogénique dans les syndrômes d'insuffisance ou d'instabilité de la sécrétion ovarienne : dans l'aménorrhée lorsque celle-ci apparaît au moment de la puberté, après une ou plusieurs périodes de menstruation régulière; dans l'aménorrhée ou l'oligo-ménorrhée d'une ménopause précoce; ici les troubles vaso-moteurs et nerveux sont plutôt l'expression d'une réaction thyroïdienne à l'insuffisance ovarienne et sont plus sensibles à la médication qui régularise le fonctionnement du corps thyroïde. Bien entendu l'opothérapie ovarienne ne remédie pas aux causes profondes qui sont à l'origine du mauvais fonctionnement de l'ovaire, et elle doit être associée dans la plupart des cas aux autres médications : par exemple elle ne remplace pas le traitement spécifique d'une syphilis, origine d'une hypoovarie.

Dans la stérilité d'origine utérine l'opothérapie n'a plus qu'un rôle adjuvant.

La **diathermie** est surtout préconisée par Foveau de Courmelles et Castano de Buenos-Ayres¹; elle agirait en augmentant l'activité des sécrétions de l'utérus, en produisant la congestion de la région par l'appoint d'énergie sous forme de chaleur. Il convient d'employer une électrode vaginale, une plaque ventrale et une plaque lombaire. En cas de rétroflexion, une électrode rectale. Les séances seront d'une demi-heure, journalières pendant vingt jours consécutifs, sous une intensité variant entre 1 amp. 1/2 et 2 amp. 1/2.

Les résultats paraissent assez favorables : Castano cite un cas de grossesse survenue rapidement après le traitement; Recasens, un cas de stérilité datant de neuf ans, guéri après vingt séances de diathermie; Poblacion cite cinq succès avec des utérus qui n'atteignaient que 4 cm. 1/2.

L'**insufflation**, ou l'injection tubaire de lipiodol, a fait de grands progrès dans ces derniers temps (Douay). L'imperméabilité tubaire empêche les spermatozoïdes d'atteindre l'ovule. Elle peut dépendre de différentes causes : la compression de la trompe par une tumeur de voisinage ou par les brides péritonéales; les coudures produites par les adhérences; ou l'organe est rendu imperméable à la suite de l'inflammation qui a bouché sa lumière par le gonflement de la muqueuse. Le diagnostic de cette imperméabilité, difficile par les moyens habituels de l'exploration, se fait aisément par l'insufflation tubaire ou sous les rayons X, après l'injection lipiodolée; les mêmes injections servent aussi de traitement et donnent 10 à 15 0/0 de succès.

Enfin, la **chirurgie** a fait aussi de beaux progrès dans le traitement de la stérilité; ainsi, si la stérilité persiste

malgré la perméabilité tubaire obtenue ou simplement constatée par les injections de lipiodol, on cherche ses causes dans la disposition anormale du pavillon, qui peut ainsi faire obstacle à la migration de l'ovule; on fait, dans ces cas, les opérations plastiques sur les trompes (salpingographie, salpingo-péxie ou salpingo-stomie), qui ont donné 5 à 10 0/0 de succès.

Dans la sténose de l'orifice externe de l'utérus on a proposé une incision par le bistouri diathermique (D^r Sosnovska); la coagulation du sang se produit instantanément, la plaie ne saigne pas; pas de repos après l'intervention.

Les dilatations classiques du col utérin sont perfectionnées par l'emploi des **laminaires** creuses, pour parer le danger de la rétention des liquides dans l'utérus. D'autres préfèrent les laminaires pleines ou les hegars. Pour entretenir la dilatation obtenue, on a proposé un tube intra-utérin d'Iribarne, qu'on y laisse pendant quinze jours.

II

Les Avantages du Traitement cinésithérapique

Toutes ces méthodes ne donnent des résultats favorables que dans un nombre restreint de cas, comme nous l'avons vu ci-dessus; le traitement est souvent compliqué, ne peut se produire que dans les grands centres médicaux, exigeant l'asepsie, des appareils spéciaux, des mains habiles et expérimentées; et, même dans ces conditions, il n'est pas exempt de certain risque. C'est pourquoi nous nous permettons de rappeler une méthode ancienne du traitement de la stérilité : la cinésithérapie gynécologique.

Ayant été employée en Russie, ainsi qu'en France et dans d'autres pays, elle donne des résultats encourageants et présente l'avantage d'être à la portée de chaque gynécologue, n'exige pour son application qu'une chaise longue et n'offre aucun risque pour les malades. En appliquant la cinésithérapie nous pouvons venir au secours des malades dans les conditions habituelles de leur vie, même

dans les plus primitives, sans interrompre leurs occupations journalières, sans les séparer de leur famille. C'est un avantage important, car, malgré le désir d'avoir un enfant, les malades hésitent souvent à se faire soigner, soit par crainte de risque, soit par manque de temps ou à cause de l'éloignement des cliniques; le temps passe, les lésions vieillissent, et le traitement, quel qu'il soit, ne peut plus réussir.

C'est pourquoi nous, gynécologues — femmes, surtout, — nous devons apprendre et perfectionner cette méthode qui, de plus, convient mieux à nos facultés modestes. Dans cette tâche les mots suivants de Stapfer peuvent nous encourager : « Brandt avait remarqué, comme ceux qui ont pratiqué son traitement peuvent l'observer, que bon nombre de malades devenaient enceintes après l'avoir suivi ou même pendant son cours... » et : « J'appelle l'attention sur deux faits depuis longtemps connus et trop oubliés : 1° l'intégrité des organes génitaux n'est pas indispensable à la conception; 2° l'état général exerce sur elle une influence capitale. Or il tombe sous le sens que le traitement cinésique, qui atteint non seulement les lésions locales, mais la santé de tout l'organisme, et tend à rétablir, par une sorte de rééducation des centres nerveux, l'équilibre des fonctions, est, par excellence, le traitement des infécondités. » Cette idée n'a rien perdu de sa vérité depuis et se base actuellement sur de récentes observations des gynécologues contemporains. Le Dr Siredey, en parlant de l'action du massage gynécologique dans la stérilité, a dit : « Un grand nombre de femmes infécondes ont trouvé dans le massage le moyen d'obtenir une grossesse. » D'autres médecins (Dr Sosnovska, Dr Dylion), ayant pu-

blié les cas du traitement heureux de la stérilité, n'en font plus de communications, car les guérisons sont devenues nombreuses et habituelles.

LES SUCCÈS DU MASSAGE GYNÉCOLOGIQUE EN RUSSIE

Les gynécologues russes, ainsi que ceux de la France et d'autres pays, se sont intéressés à la méthode de Brandt, et quelques-uns d'entre eux sont allés en Suède et l'ont apprise chez Brandt lui-même. Dès lors, le massage gynécologique a été étudié dans toutes les cliniques gynécologiques de Pétersbourg et de Moscou (professeurs Slaviansky, Snieguireff, D. Ott, Jakovtzoï et beaucoup d'autres). Ces études ont réveillé le mouvement médical favorable au massage gynécologique. Mon chef, éminent chirurgien professeur D. Ott, y a particulièrement contribué en appréciant le massage comme un traitement des plus puissants des maladies de femme après la chirurgie; à partir de 1908 ce fut la période de vogue du massage gynécologique. Ces succès s'expliquent par le fait suivant : la natalité étant très élevée dans ce pays, les accouchements se produisant souvent sans secours médical, surtout dans la campagne, les affections puerpérales locales sont très fréquentes et amènent, par les déviations utérines fixées ou non, la stérilité temporaire. Dans ces cas, le traitement cinésique donne le plus de succès. Quant à la technique, elle a été à peu près la même qu'en France; comme particularité il faut indiquer l'application du mas-

sage vibratoire : les embouts de différentes formes mis en mouvement par le moteur électrique sont tenus par la main droite du médecin, tandis que les deux doigts de la main gauche, introduits dans le vagin, soutiennent comme d'habitude les tissus qui doivent être massés. Le massage vibratoire n'a été employé que dans les cas à l'origine desquels il n'y avait aucune trace de l'infection gonococcique; ces dernières affections, susceptibles de donner facilement les exacerbations, étaient envisagées comme contre-indication de tout massage.

III

Le Diagnostic et l'Exposé des cas de la Stérilité susceptibles d'être traités par le Massage

Pratiquement, c'est du côté de la femme qu'il faut d'abord faire porter son investigation. Si cet examen reste négatif, alors seulement l'examen du mari s'impose.

Il faut chercher la cause de la stérilité ou dans les organes génitaux (causes locales), ou dans l'état général (causes générales).

Parmi les affections locales les suivantes occasionnent la stérilité et sont traitables par le massage : les déviations utérines, les résidus des inflammations et les congestions pelviennes.

L'interrogatoire précis pourra éclairer sur l'ancienneté des lésions, sur leur origine, et donner quelques notions sur leur caractère définitif ou temporaire. Il est évident qu'une salpingite bi-latérale en évolution ne laisse que peu d'espoir de maternité. En pareil cas l'examen clinique suffit à lui seul pour affirmer la cause de la stérilité. Mais souvent on se trouve devant des lésions annexielles mi-

nimes où il est impossible de dire s'il existe ou non une possibilité de fécondation : c'est en pareil cas qu'il faut pratiquer une exploration utéro-tubaire par l'insufflation ou l'injection intra-utérine de lipiodol, qui sera en même temps un moyen de diagnostic et de thérapeutique.

L'insuffisance de l'ovaire par malformation ou par lésion acquise est une cause de la stérilité dont le diagnostic est parfois très délicat. En dehors des tumeurs palpables le diagnostic de la stérilité ovarienne impose un examen de l'état général.

Les causes générales de la stérilité sont obscures; on accuse des intoxications, des infections : les maladies de l'enfance (diphthérie, scarlatine, oreillons, etc.), la grippe, la tuberculose, la syphilis; cette dernière stérilise la femme dans sa phase tertiaire, tandis que la syphilis secondaire provoque les fausses couches. Toutes ces maladies marquent leurs traces sur l'état général et sur les glandes endocrines, et plus spécialement sur les ovaires, qui produisent désormais des ovules fragiles et infécondables. En vue de l'action double de la cinésithérapie sur l'état général de l'organisme et sur les lésions locales pelviennes, le massage et la gymnastique gynécologiques peuvent être employés avec succès dans le traitement de la stérilité qui dépend des causes générales aussi bien que des causes locales, c'est-à-dire dans : 1° les hypoplasies utérines et ovariennes; 2° les insuffisances des glandes endocrines; 3° les déviations utérines et les résidus des processus inflammatoires; et enfin, 4° les congestions pelviennes, où le massage sert de traitement préventif contre la cellulite et la sclérose qui aboutissent à la longue à la stérilité.

HYPOPLASIES UTÉRINES

Elles occupent une place très importante parmi les causes de la stérilité : d'après quelques auteurs, $\frac{2}{3}$ des femmes stériles souffrent de l'hypoplasie utérine.

On divise en trois groupes ces hypoplasies, suivant la période où s'est produit l'arrêt de développement : 1° l'utérus fœtal (arrêt de développement intra-utérin); 2° l'utérus infantile (arrêt pendant les 6 à 7 premières années de l'enfance); 3° l'utérus pubescent (arrêt à partir de la 7^e année).

L'atrophie de l'utérus peut survenir à la suite des maladies de l'enfance (diphthérie, scarlatine, etc.), d'infections locales ou générales (fièvre puerpérale), des troubles des glandes endocrines. Les hypoplasies se trouvent parfois en correspondance avec d'autres arrêts ou disjonctions des organes génitaux ou même de tout l'organisme. L'examen des organes génitaux externes peut donner certaines indications sur l'état de l'utérus : le périnée court et surmonté d'une vulve de petite dimension, à petites lèvres bien développées; le système pileux des organes génitaux insuffisamment développé ou, au contraire, ressemblant à celui d'homme.

Il est bien difficile de distinguer l'utérus fœtal de l'utérus infantile. Au contraire on fait plus facilement le diagnostic différentiel entre l'utérus infantile et l'utérus pubescent. Quand on se trouve en présence d'un utérus fœtal, l'aménorrhée est toujours primitive et se maintient; l'absence des désirs sexuels est extrêmement fréquente et

la grossesse est impossible, car les ovaires ne livrent pas d'ovules fécondables. Au surplus, les rapports sexuels sont difficiles, parfois même impossibles, car le vagin est court et étroit. Le corps utérin est plus petit que le col; la longueur totale est de $2\frac{1}{2}$ à 3 centimètres chez les adultes; l'utérus est parfois difficile à repérer. Chez les femmes porteuses d'un utérus infantile ou pubescent, on constate également une aménorrhée primaire ou des règles extrêmement faibles, accompagnées souvent d'une dysménorrhée intense. Les dimensions de l'organe sont telles qu'on peut le palper toujours et apprécier sa longueur; le rapport entre la longueur du corps et du col dans l'utérus infantile est $\frac{1}{2}$, dans le pubescent $\frac{1}{1}$ (l'utérus normal, $\frac{2}{1}$). Le corps est en flexion accentuée en avant. Le col est petit, conique, avec l'orifice punctiforme; parfois la sonde utérine ne peut y être introduite et doit être remplacée par le premier numéro des mandrins de Hegar, ou un tout petit stylet, ou une bougie en gomme (Douay). On constate ainsi une étroitesse manifeste du col, ce qui se révèle cliniquement par la dysménorrhée. Quant à l'interprétation des signes cliniques, il ne faut pas oublier que l'aménorrhée n'est pas toujours un symptôme de l'hypoplasie et traduit l'affaiblissement de l'état général (anémie, tuberculose). De même que la puberté précoce ou l'abondance et la régularité des règles ne sont pas toujours les signes d'une fonction normale ovarienne, comme on est habitué à penser, car l'ovulation et la menstruation ne sont pas similaires. Ainsi les règles précoces (à dix ans) et abondantes peuvent se combiner avec une infécondité chez les personnes à hérédité suspecte ou après une enfance chétive. Si les règles sont douloureuses, il faut préciser le

moment des douleurs : les douleurs prémenstruelles sont en faveur des troubles ovariens et surtout de la congestion ovarienne ; les douleurs des premiers jours des règles sont souvent dues à une gêne mécanique par coudure ou sténose. Quelquefois, à côté de ces troubles des règles, il existe des signes d'insuffisance endocrinienne plus ou moins prononcée.

INSUFFISANCE ENDOCRINIENNE

Chez certaines femmes infécondes, jeunes, mais ayant dépassé l'âge de la puberté, les troubles endocriniens dominent le tableau clinique : rougeurs de la face, bouffées de chaleur, transpirations subites, bien connus des femmes qui approchent de l'âge critique. Elles sont pourtant jeunes, quelques-unes n'ont pas encore trente ans, et tout en elles semble annoncer la ménopause prochaine ; quelquefois elles semblent jouir d'une santé florissante, elles sont assez souvent affligées d'un certain embonpoint ; chez ces femmes existe en même temps une sensibilité au froid, et le refroidissement des extrémités, tuméfaction de la peau des mains, des jambes, bouffissure du visage. Parfois elles sont maigres et souffrent de migraines, de névralgies, de dépressions physiques et morales avant, pendant et après les règles avec l'hypotension. L'interrogatoire ne relève, dans leurs antécédents, aucun accident d'ordre génital. La palpation bi-manuelle permet de constater l'existence d'un utérus petit, parfois infantile, avec le col conique et long, mobile, des ligaments souples, des annexes

indolores non hypertrophiés, sains d'apparence. Rien donc, chez ces femmes, ne paraît s'opposer à la fécondation, et pourtant elles restent stériles. Leurs règles existent mais sont insuffisantes, durent quelques heures seulement ou se prolongent plusieurs jours, sous forme d'un écoulement insignifiant. La cause de ces troubles est l'insuffisance des ovaires ou la défaillance thyroïde chez les obèses, et la fonction incomplète des glandes surrénales chez les maigres. On sait que la menstruation et l'ovulation sont commandées par le système nerveux autonome : en effet, tout déséquilibre vago-sympathique entraîne une désorientation de la menstruation, et, inversement, les anomalies pouvant survenir dans la périodicité, la durée, l'abondance du flux cataménial sont presque toujours suivies de troubles du système nerveux. Les diverses étapes de l'ovulation s'accompagnent de modifications normales, physiologiques du tonus vago-sympathique; c'est ainsi que le système érecteur pelvien est périodiquement excité par les hormones ovariennes, dans la période précédant immédiatement les règles; cet effort retentissant sur tout le système grand sympathique est très concevable, d'autant mieux qu'il tend à produire un freinage sur la sécrétion endocrinienne des parathyroïdes qui, on le sait, jouent un rôle capital dans le métabolisme du calcium et, partant, dans la coagulation sanguine. De même les sécrétions ovariennes agissent pour exalter les autres sécrétions : thyroïdiennes, hypophysaires et surrénales, qui jouent dans la menstruation un rôle évident en commandant la tension vasculaire; la première tendant à diminuer la tension, ainsi d'ailleurs que l'ovaire lui-même, tandis que les deux secondes l'augmentent. La rate et le foie eux-mêmes interviennent pour

modifier la coagulabilité sanguine et permettre le flux menstruel, qui est, on le sait, incoagulable.

Quand la sécrétion interne de l'ovaire est diminuée ou supprimée, il en résulte une diminution de l'action de cette glande sur les fonctions physiologiques génitales : sur les cycles ovarien, utérin et menstruel ; de plus, en raison des inter-réactions glandulaires, il survient une rupture de l'équilibre endocrinien de l'organisme, une dysendocrinie qui est caractéristique pour la ménopause précoce ou normale. Chez la jeune fille atteinte de l'insuffisance ovarienne le tableau serait plus simple, car il ne semble pas y avoir de défaut marqué des autres glandes endocrines. L'insuffisance thyroïdienne a été mise en relief au point de vue du rôle qu'elle joue dans les développements des organes génitaux : les retards de la puberté, l'infantilisme utérin, l'atrophie folliculaire lui paraissent largement imputables, et dans les cas où cette insuffisance précède la puberté l'on peut observer l'oligo-ménorrhée, l'aménorrhée, l'absence ou l'insuffisance du développement des caractères sexuels secondaires. Survenant plus tard, elle peut produire un infantilisme régressif ainsi que des troubles psychiques de l'instinct sexuel. La stérilité paraît également en être une conséquence, et nous savons que le traitement thyroïdien joue un rôle très favorable dans ces cas. Nous verrons plus tard que le massage gynécologique produit un réveil des fonctions des glandes endocrines par action à distance, en mettant en jeu les réflexes sympathiques.

DÉVIATIONS UTÉRINES ET RÉSIDUS INFLAMMATOIRES

Les déviations utérines, soit primitives, soit acquises, peuvent aboutir à la stérilité par deux mécanismes : ou en provoquant la métrite congestive par suite de la circulation troublée, ou mécaniquement en éloignant l'orifice externe de l'utérus du liquide fécondant. Dans la rétroversion utérine, le col se trouve très près du pubis et diminue ainsi les chances de la maternité; dans la rétroversion primitive, l'écartement du col est encore plus prononcé, le col étant plus long. La rétroflexion a moins d'importance, car le col reste dans l'axe du vagin; pour la même raison l'utérus est accessible aux spermatozoïdes dans l'antéflexion; l'antéversion est plus défavorable, le col étant porté fortement en arrière. L'examen avec l'hystéromètre sert à rechercher la perméabilité du canal cervical dont l'orifice externe est parfois punctiforme et dont la flexion en avant ou en arrière diminue le calibre; mais il est rare qu'il offre un obstacle à la pénétration de l'instrument. Sur ce point, il n'existe pas d'opinion unanime : les uns prétendent que les spermatozoïdes ne peuvent pas pénétrer dans l'utérus à cause de la sténose cervicale; d'autres (Dr Siredey) indiquent qu'on fait une part excessive à l'étroitesse de l'orifice externe ou du canal cervical en oubliant que les dimensions d'un spermatozoïde ne dépassent guère en largeur 2 à 3 millièmes de millimètre. Quelques-uns admettent enfin que l'étroitesse de l'orifice cervical externe n'est la cause de la stérilité que si elle est d'origine cicatricielle (caustique).

En somme, l'obstacle mécanique à la migration du spermatozoïde par la sténose peut exister, mais moins fréquemment qu'on le croit, et le traitement par le massage gynécologique des déviations utérines, et surtout de l'état général, joue un rôle plus important que les dilatations du col.

VAGINISME

En parlant des causes mécaniques de la stérilité il faut mentionner le vaginisme. Ce dernier est dû assez souvent à un spasme de défense, dont le point de départ du réflexe est une lésion locale; il faut donc guérir celle-ci. Mais lorsque le vaginisme est essentiel, idiopathique, il sera indiqué ou l'électrothérapie (haute fréquence avec électrode de Mac-Intyre), ou le massage gynécologique.

CONGESTIONS PELVIENNES

On désigne sous ce titre la congestion utéro-ovarienne primitive, évoluant chez les intoxiquées chroniques et aggravée ou révélée par une série de causes. Parmi celles-ci on place les anomalies du sens génésique, par excès ou par défaut; le surmenage sous toutes les formes, surtout au point de vue intellectuel; les fautes d'hygiène et notamment d'ordre alimentaire; l'abus de certains sports, tels que l'équitation et surtout l'automobile; les divers chocs émotifs; les infections générales et locales et enfin certaines lésions du tractus génital : ovarite scléro-kistique

surtout. Physiologiquement la congestion utéro-ovarienne peut se définir par un déséquilibre vago-sympathique pelvien avec prédominance de troubles vaso-moteurs : vasodilatation veineuse et vaso-constriction artérielle. Cliniquement elle se traduit par des douleurs lombo-sacrées, des troubles digestifs, des douleurs utérines avec sensation de poids dans le pelvis, soit des méno ou métrorragies et une leucorrhée très fluide et caractéristique, un utérus gros et mou et des annexes empâtées. A quelque moment que l'on examine la malade, le gynécologue a l'impression qu'il se trouve dans l'une des deux phases de congestion physiologique prémenstruelle, la première survenant environ le dixième jour après les règles, et la seconde vers le vingtième. D'ailleurs, lors de ces deux périodes, les phénomènes de congestion utérine s'aggravent encore, et c'est le moment où la malade accuse le maximum de douleur et de congestion pelvienne, ainsi que des métrorragies. L'évolution habituelle de ces troubles vaso-moteurs non traités se fait vers la cellulite et la sclérose qui compromettent les fonctions de reproduction. La cellulite pelvienne (paramétrite, périsalpingite) n'est pas une infection inflammatoire et doit être distinguée des annexites, péri-métrites et périannexite inflammatoire. Le diagnostic sera fait surtout par l'absence d'antécédents inflammatoires vrais, par les caractères de la leucorrhée, par la variation très grande des phénomènes congestifs d'une semaine à l'autre, par des douleurs moindres au toucher-palper combiné et, par contre, par un retentissement plus grand sur l'état général. Le massage serait ici un traitement préventif de la stérilité qui se développe peu à peu avec l'installation de la cellulite et de la sclérose,

IV

Traitement cinésique et ses effets

Le massage et la gymnastique gynécologiques peuvent donner des résultats encourageants dans les cas mentionnés de la stérilité, mais à certaines conditions : dans l'utérus infantile ou pubescent, les chances d'obtenir ces résultats dépendent du moment où s'est produit l'arrêt du développement ; plus cet arrêt s'est opéré tardivement, plus les chances de voir l'utérus se développer sont grandes, surtout si la femme est réglée. La thérapeutique doit viser à exciter la croissance de l'utérus en agissant sur l'organe lui-même, sur les ovaires et sur l'organisme en général. Pour certains auteurs, le traitement ne sera utile que jusqu'à la vingtième année, car c'est à cet âge que l'organe doit avoir atteint son développement complet. Si l'on admet cela, il faudrait conseiller aux mères un examen de leurs filles au point de vue génital entre seize et vingt ans, pour les traiter précocement. D'après le Dr Siredey, les pédiatres devraient s'efforcer de pressentir les hypoplasies utérines et traiter dès l'enfance les fillettes débiles : gymnastique, cure d'air, etc. Il semble cependant que chez bien des femmes le développement de l'utérus ne soit pas atteint avant vingt-cinq à trente ans, surtout dans cer-

taines races. Il ne faut donc pas se décourager et essayer toujours le traitement même après vingt et vingt-cinq ans; le succès, pratiquement, n'est pas rare, sauf l'utérus fœtal qui est incurable; en effet, arrêté dans cette phase de développement, l'utérus est incapable de permettre la nidation et le développement de l'œuf; si par hasard la fécondation se produit, l'avortement survient rapidement. Dans les déviations utérines, le massage permet au col utérin de reprendre sa position normale suivant l'axe du vagin et de se rapprocher ainsi du liquide fécondant; quant aux déviations congénitales, on n'arrive pas à les corriger, mais on améliore la circulation sanguine et lymphatique et la nutrition de l'organe, ce qui augmente les chances de la fécondation et du développement de l'œuf. Dans les congestions pelviennes, le massage est indiqué tout particulièrement et doit être appliqué dès le début, c'est-à-dire dans la phase d'œdème, car il restera impuissant contre les scléroses et les cellulites. En somme, les résultats de la cinésithérapie, aboutissant à la grossesse, sont visibles cliniquement dans l'amélioration de l'état général et des symptômes locaux : les femmes deviennent plus alertes, leur appétit est meilleur, les forces augmentent, le sommeil est amélioré, le facies reposé; la sensation de douleur ou de pesanteur disparaît; les règles deviennent normales ou apparaissent (en cas d'aménorrhée ou d'oligo-ménorrhée); les œdèmes et les exsudats diminuent et se résorbent; l'utérus se développe; ses déviations se corrigent par l'augmentation du tonus des ligaments et par l'assouplissement des adhérences. Ainsi, en améliorant l'état général et local de la femme, la cinésithérapie lui procure des chances de maternité.

V

Mécanisme de l'Action du Massage

Pour expliquer ces heureux effets du massage, Stapfer et ses élèves ont fait des expériences physiologiques sur différents animaux; d'autres de ses partisans (L. Netter) ont proposé différentes théories basées sur les nouvelles recherches au sujet du nerf sympathique pelvien et sur la formation et la constitution des œdèmes. Le résumé des expériences de Stapfer est le suivant : « *A.* Lorsqu'on masse les viscères d'un animal par frictions circulaires, légères, brèves, entrecoupées de pauses, on excite le cœur et les vaisseaux; on constate la contraction de tout l'appareil circulatoire pendant le massage, la dilatation pendant les pauses, avec accélération foudroyante du courant sanguin; à chaque excitation correspond une élévation de pression. *B.* Lorsque au massage léger, bref, entrecoupé de pauses, on substitue un massage continu, fort, on détermine la parésie et par conséquent la vaso-dilatation des vaisseaux mésentériques. Le cœur se contracte avec une énergie excessive, d'abord réelle, puis apparente. A une cardio-constriction succède une cardio-rétraction perma-

nente. Les vaisseaux de la périphérie en font autant. La pression décroît... Le premier phénomène (cardio-vaso-contraction) est la manifestation d'une suractivité. Il est dynamogénique... »

Ce réflexe dynamogénique explique, d'après Stapfer, la valeur thérapeutique non seulement locale, mais générale, des massages légers, brefs, entrecoupés de pauses, qu'affirmaient les faits cliniques.

Le Dr Louis Netter, dans son article : *Effets et mécanisme du massage gynécologique*, distingue deux modes d'action du massage gynécologique : action directe et action indirecte. La première a lieu toutes les fois que le massage sera poussé à une certaine profondeur; cette action directe attaque certains œdèmes résiduels consécutifs aux inflammations pelviennes. Pour faire comprendre leur résorption par le massage, l'auteur rappelle les travaux du Professeur Achard et de ses élèves sur la pathogénie des œdèmes circulatoires; il indique que, dans la formation du déséquilibre physico-chimique humoral localisé, qui les caractérise, participent les troubles circulatoires et lymphatiques (stase veineuse, altération des capillaires et des vaso-moteurs, les changements dans les riches réserves du système lacunaire); le gonflement même des tissus peut déterminer, par l'intermédiaire des compressions locales, des accumulations d'acides (carbonique et lactique) et même un déséquilibre ionique des humeurs (excès de Na, diminution en Cl, etc.). Il est vrai qu'en gynécologie ce sont surtout les œdèmes inflammatoires qui nous intéressent, où la constitution même de la lymphe est troublée par la présence des toxines microbiennes et des corps microbiens eux-mêmes; malgré cela, c'est toujours

un processus analogue à celui des œdèmes en général qui détermine leur apparition. Mais, sauf l'inflammation, il existe en gynécologie les œdèmes mécaniques par déviations utérines, où le ligament en se déviant produit la compression des veines d'abord et des artères plus tard, ce qui donne les œdèmes locaux. Les congestions, dont nous avons déjà mentionné les causes, répétées et permanentes, produisent les œdèmes et les cellulites pelviennes sans participation des microbes. Tout cela suffit pour comprendre que le massage pourra apporter directement des modifications heureuses à cette rupture de l'équilibre humoral local en drainant les tissus. Le massage pourra d'ailleurs agir indirectement par l'intermédiaire du système nerveux, et précisément par la mise en jeu des réflexes sympathiques pelviens. Les études de Langley, de Maret, de Latarjet au point de vue anatomique, les travaux de Laignel-Levastine au point de vue physio-pathologique, ont montré le développement considérable du sympathique pelvien. Ce dernier est représenté d'après eux par le plexus hypogastrique, qui innerve tous les viscères du petit bassin, et le nerf présacré de Latarjet, ou plexus hypogastrique supérieur. Les branches du plexus hypogastrique supérieur se perdent dans les ganglions hypogastriques situés à la base des ligaments utéro-sacrés. Ce plexus est relié aux centres médullaires par le nerf érecteur sacré de Maret, qui représente dans la région pelvienne le système vagal avec les mêmes caractères d'antagonisme et de régulation. On suppose que, lors du massage superficiel de la région sous-ombilicale de l'abdomen, les frictions circulaires légères font naître d'innombrables réflexes neuro-végétatifs d'origine tégumentaire

(ou musculaire, ou muqueuse, si le massage est plus profond), tantôt essentiellement sympathiques, tantôt plus compliqués avec participation médullaire ou même cérébrale, susceptibles de modifier la structure pathologique des tissus et par suite de déterminer la résorption des exsudats et le retrait des brides et des adhérences.

Cette hypothèse de l'action du massage sur le nerf sympathique a reçu un nouvel appui après les succès récents de la chirurgie du sympathique pelvien, comme l'indique le Dr L. Netter; la section du nerf présacré, ou la sympathectomie périartérielle sur l'artère iliaque primitive, l'hypogastrique et même l'ovarienne, ont donné la guérison de certaines névralgies pelviennes et d'hypoplasies génitales. Cela nous permet d'expliquer les succès du massage gynécologique dans les mêmes affections douloureuses ou trophiques du petit bassin : appliqué par le rectum ou le vagin sur les ligaments utéro-sacrés et sur la face postérieure de l'isthme de l'utérus, il agit sur le plexus hypogastrique, situé dans cette région, comme nous l'avons dit ci-dessus. On suppose que les réflexes eutanéo-spino-sympathiques ou purement sympathiques agiront sur l'appareil circulatoire (artères, capillaires, veines) et lymphatique, soit sur le métabolisme des tissus par l'intermédiaire des glandes endocrines alertées.

ACTION DU MASSAGE SUR L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Dans l'appareil circulatoire, le massage détermine, comme il a été déjà décrit plus haut, des vaso-constrictions

et des vaso-dilatations alternatives. De plus, le massage terminé, il se produit une vaso-dilatation passagère avec une circulation accélérée; donc, action décongestionnante. Au contraire, un massage brutal, dur et prolongé occasionnerait une vaso-dilatation permanente du réseau mésentérique et l'action congestionnante.

ACTION SUR LA CIRCULATION LYMPHATIQUE LOCALE

On admet que par le massage la masse lymphatique sera augmentée par suite de l'accroissement de l'apport des liquides provenant des capillaires sanguins; de plus, la vitesse de l'écoulement sera accélérée grâce à la dilatation réflexe des capillaires et des gros troncs lymphatiques. La décongestion sera encore activée par les contractions de la citerne de Pecquet qui déversera plus rapidement son contenu dans le canal thoracique. L'accélération du cours de la lymphe est un des effets les plus remarquables du massage.

MODE D'ACTION DU MASSAGE SUR LES SÉ- CRÉTIONS INTERNES DE L'OVAIRE ET RÉACTIONS PRODUITES PAR LE RÉGLAGE DE CES SÉCRÉTIONS.

Les infections génito-pelviennes sont susceptibles de provoquer des troubles de la sécrétion interne de l'ovaire; les lésions peuvent atteindre la glande ovarienne, mais

cela n'est pas indispensable, car une épine irritative siégeant au niveau de la sphère génitale suffit à modifier par voie réflexe la sécrétion glandulaire; celle-ci détermine une dysendocrinie générale qui est à la base des symptômes les plus variés déjà mentionnés. Le massage réveille le pouvoir régulateur de l'ovaire et par conséquent les réflexes sympathiques excito-sécréteurs; sous cette influence, les troubles de la fonction endocrinienne de l'ovaire subissent une atténuation progressive et peuvent même complètement disparaître, ce qui amène le rétablissement du rythme cyclique de l'ovaire et de l'utérus : le rythme menstruel normal apparaît rapidement; la dysménorrhée disparaît plus difficilement, car elle peut dépendre non seulement du trouble endocrinien mais de beaucoup d'autres causes. La régulation endocrinienne de l'ovaire, rétablie par le massage, amène le jeu régulier des interactions endocriniennes par l'action des hormones ovariennes; ainsi donc, par action à distance, le massage améliore le métabolisme glandulaire général.

MODE D'ACTION DU MASSAGE SUR LA CELLULITE PELVIENNE ET LES AUTRES LÉSIONS LOCALES ISSUES DE L'INFLAMMATION OU DE LA CONGESTION.

Les alternatives régulières de vaso-constriction et de vaso-dilatation facilitent le cours du sang dans les organes génitaux, drainent les œdèmes et les congestions, réduisent le volume des organes œdématiés. Ces résultats ne sont obtenus que par les massages légers, courts, et pratiqués

de la périphérie au centre. Si ces œdèmes se sont déjà organisés en tissu conjonctif et ont donné les brides, les adhérences, ont sclérosé les organes et ont transformé les ligaments en cordes dures et les ont raccourcis, ces manœuvres deviennent impuissantes : il faut leur ajouter les étirements pour allonger les brides et les ligaments, les assouplir; mais on ne réussit pas à les résorber, ce qu'on aurait pu faire au début de la maladie.

Les congestions inflammatoires ne peuvent être massées qu'après que la période aiguë est depuis longtemps terminée, quand le danger de l'exacerbation est passé. Chaque massage doit être précédé et accompagné de quelques mouvements de gymnastique gynécologique.

VI

Technique du Traitement

Avant de parler des différentes manœuvres du massage et de la gymnastique, il est utile de rappeler les principes qui leur sont communs : tout d'abord, **pas de violence** ; pour la plupart des médecins, masser, c'est pétrir, et pétrir évoque dans leur esprit l'image de la force. Stapfer écrit : « Le massage gynécologique est une manipulation viscérale exempte de violence, dans laquelle la force est exceptionnellement employée, car le maximum d'effets produits dépend du rétablissement plus ou moins intégral de la circulation abdomino-pelvienne, et ce rétablissement est obtenu avant tout par la méthode, la douceur et la patience. » Ensuite, **pas de douleur**, pour se mettre à l'abri des contractions de la paroi abdominale. **Interruptions, pauses**, pendant lesquelles la dilatation des vaisseaux et l'accélération du courant se substituent à la constriction et au relâchement. **Légèreté** de la main : pour cela, faire travailler surtout les articulations des doigts et de la main. **Brièveté** des manœuvres pour obtenir la stimulation et éviter le spasme ou, au contraire, la parésie des parois

vasculaires. Chaque séance doit être commencée et terminée par de la gymnastique très courte (2 à 3 mouvements). Le nombre de séances est d'environ vingt, en série; on fait une, deux ou trois séries de massages quotidiens ou tous les deux jours. L'intervalle entre les séries : un à deux mois au moins. Quant aux manœuvres, les principales sont : 1° les frictions circulaires; 2° les vibrations; 3° l'effleurage; 4° l'étirement; 5° la pression. Outre ces manœuvres, en Russie on faisait encore les effleurages externes de la paroi abdominale : deux doigts de la main gauche introduits dans le vagin, comme pour l'examen gynécologique, on effectuait, avec la paume et les doigts de la main droite posée à plat sur le ventre, les effleurages du grand rayon, en glissant sur la paroi abdominale; le but de cette manœuvre, par laquelle on commençait chaque massage, était d'habituer la malade et de la faire relâcher la paroi abdominale; très superficiels au début, ces mouvements devenaient de plus en plus profonds pour se rapprocher de l'utérus en reculant les intestins. Une autre particularité du massage russe était l'application fréquente des vibrateurs mécaniques, dont on a déjà parlé.

Les **frictions circulaires** : par la pulpe des doigts la main droite abdominale entraîne les tissus sans glisser sur eux, en décrivant de petits cercles, en s'arrêtant puis se déplaçant légèrement pour recommencer. De tout cela résultent de continuelles et courtes interruptions. Ces pauses presque machinales ont la plus haute importance. Pendant ces frictions, les doigts de la main gauche introduits dans le vagin soutiennent et approchent l'utérus ou d'autres organes pelviens de la main abdominale. L'utérus pour être massé doit se trouver en position normale, car

on ne masse que sa surface postérieure. Les trompes doivent être massées par les mêmes frictions, les doigts se dirigeant des parois du bassin vers l'utérus; les culs-de-sac (exsudats ou œdèmes) en direction contraire.

Mouvements vibratoires : fines trémulations qui se propagent dans la profondeur, se font avec la paume de la main posée bien à plat sur le ventre, les doigts rapprochés et le pouce écarté, agissant alternativement sur les différents points voulus; c'est une manœuvre calmante.

Effleurage : c'est un mode de massage uni-manuel, uni-digital; on l'exerce par le rectum sur la plus grande étendue possible du plancher et des parois pelviennes; par le vagin sur les parois latérales de ce conduit s'il est œdémateux. On l'exerce également par le rectum sur la fosse de Douglas, sur les ligaments utéro-sacrés, autour du fond des utérus rétroversés, sur les trompes et les ovaires tumescents, prolapsés, immobilisés par la cellulite douloureuse. C'est alors le bout de l'index qui manœuvre. Pour le plancher et les parois, les trois phalanges agissent. Elles dilatent les sphincters, dépriment doucement le plancher et le balayent de bas en haut, en partant de la ligne ano-coccy-sacrée et en montant aussi haut que possible; ensuite on ramène l'index sur la ligne ano-coccy-sacrée sans répéter l'effleurage de haut en bas, et la manœuvre recommence, toujours de bas en haut. Après avoir effleuré cinq ou six fois la paroi postéro-latérale gauche, on passe à la paroi droite pour faire la même chose.

Étiement : manœuvre par laquelle on allonge les ligaments raccourcis et les brides ou les adhérences. L'étiement est tantôt bi-manuel, tantôt uni-manuel. On saisit l'utérus à travers la paroi abdominale, au voisinage de

l'isthme, l'index gauche étant dans le vagin, on étire les ligaments utéro-sacrés ou les ligaments larges droit ou gauche. Pour produire un étirement uni-manuel, on introduit l'index gauche par le rectum, on l'applique sur la face postéro-latérale droite de l'utérus en cas de raccourcissement du ligament large droit et on étire cette partie du ligament. Les étirements sont toujours précédés, accompagnés et suivis de massage par frictions circulaires ou par effleurage, car avant d'étirer il faut faire disparaître la cellulite qui accompagne habituellement des adhérences. Ces étirements ne rompent jamais les adhérences, comme on le suppose quelquefois, mais ils les allongent, les amollissent ou amènent leur résorption.

Pression : la pression est sans cesse combinée avec les autres modes de massage. L'index gauche, qui sert de point d'appui, exécute une pression; le doigt qui effleure ou qui étire, la main qui palpe et saisit les organes, exécutent des pressions.

VII

La Gymnastique médicale

Pour renforcer l'action du massage, on y adjoint la gymnastique, qui agit comme lui sur la circulation du ventre, sur la circulation générale, sur le système musculo-ligamentaire et sur tous les viscères de la cavité pelvienne. D'après les effets produits sur la circulation abdomino-pelvienne, on distingue une gymnastique congestionnante et une décongestionnante.

GYMNASTIQUE CONGESTIONNANTE

Son but est de favoriser l'afflux du sang vers le bassin, de faciliter ainsi les apports nutritifs et l'écoulement sanguin. Dans chaque exercice il faut distinguer les attitudes et les mouvements.

Les attitudes de la malade varient suivant les mouvements à exécuter et le degré de congestion qu'on recherche. Dans les cas où l'on veut porter la congestion au maximum, les parois abdominales sont tendues, l'appendice xyphoïde et la symphyse du pubis sont aussi écartés que possible.

Les mouvements sont **actifs** ou **passifs** : tantôt ils provoquent la contraction des muscles abdominaux ou celle des psoas, tantôt ils impriment une circumduction à l'articulation du bassin et de la cuisse fléchie et inerte. Beaucoup de ces exercices peuvent être exécutés par la malade, chez elle, sans aide. C'est un très précieux moyen de traitement contre les accidents dus au retard de la puberté : l'aménorrhée ou les irrégularités menstruelles, ou une certaine forme de dysménorrhée, qui caractérisent une insuffisance des fonctions utéro-ovariennes et coïncident fréquemment avec une aplasie des organes génitaux. L'inutilité des explorations intimes et de la nudité au cours des séances et l'innocuité de cette gymnastique représentent un appréciable avantage et engagent à en faire au moins l'essai pour les vierges.

Le Dr Stäpfer attribue les effets de la gymnastique congestionnante à la tension de la paroi, attitude fatigante, effort, secousse des viscères dont le but est de ralentir le courant veineux abdominal, de favoriser la stase. En particulier, on recommande les mouvements suivants :

1° Circumduction fémorale passive : elle est faiblement congestionnante, car les muscles abdominaux ne sont pas tendus ; le même mouvement, mais actif, devient très congestionnant ; la malade le produit elle-même en station debout, cambrée en opisthotonos, se tenant des deux mains au chambranle d'une porte ;

2° Flexion fémorale active : la malade fléchit la cuisse, le médecin résiste (sa main se trouve au-dessus du genou de la malade, qui est assise). Lorsque la cuisse arrive au maximum de flexion, la main du médecin glisse sur les tubérosités tibiales et exagère la flexion en poussant haut,

avec saccades, le membre; après cela, la main du médecin reprend sa position première au-dessus du genou et il étend la cuisse jusqu'à ce que le pied posé à terre. La malade résiste.

GYMNASTIQUE DÉCONGESTIONNANTE

En faisant relâcher les muscles abdominaux et contracter certains muscles des membres et du dos, nous produisons un effet révulsif en évacuant le sang des organes génitaux vers les muscles travaillants. Ainsi les veines se dégorgent, la tension diminue, à condition qu'il n'y ait aucune altération scléreuse des parois vasculaires et des tissus ambiants.

Attitude de la malade : la paroi abdominale doit être au minimum de tension; par conséquent, l'appendice xyphoïde et le pubis ne seront pas au maximum d'écart.

Mouvements : sont toujours actifs; ils mettent en jeu les abducteurs fémoraux, les muscles postérieurs de la cuisse et les muscles dorsaux : pas d'effort général, aucune fatigue. Les plus usités de ces mouvements sont :

1° *L'exercice des abducteurs*. — La malade couchée, tête et épaules soutenues par des oreillers; bassin soulevé, jambes fléchies, pieds joints; l'articulation coxo-fémorale sera en extension complète; les cuisses, le ventre et le thorax forment en profil une ligne droite et non pas brisée.

Premier temps : la malade écarte les genoux; le médecin résiste.

Deuxième temps : le médecin rapproche les genoux de

la malade qui résiste. Les mains du médecin sont toujours appliquées sur la face externe des genoux de la malade.

2° *Flexion et extension des bras.* — La malade assise sur un tabouret; tête droite; colonne vertébrale en extension; tronc penché en avant; bras tendus en haut et en avant; genoux écartés et fixés, saisissant entre eux un angle du tabouret.

Premier temps : la malade fléchit les bras en portant les coudes aussi en dehors que possible; le médecin lui résiste en saisissant ses mains.

Deuxième temps : le médecin tire les bras en l'air, avec résistance de la malade. C'est par ce mouvement que débutent la plupart des séances; il sera répété 4 à 6 fois.

3° *Rotation du tronc; bassin fixe.* — L'attitude de la malade est la même que pour le mouvement précédent, avec cette différence que les membres supérieurs sont fléchis : bras horizontaux, avant-bras parallèles au tronc, à hauteur de la tête.

Premier temps : le médecin tire l'avant-bras gauche ou droit, de façon à conduire en avant l'épaule correspondante. La malade résiste.

Deuxième temps : la malade reprend l'attitude primitive. Le médecin résiste. Dans cet exercice, c'est le tronc incliné en avant qui doit tourner; tout le reste du corps demeure immobile. C'est un mouvement très décongestionnant.

La condition nécessaire de la gymnastique décongestionnante est de ne jamais pousser les exercices dérivatifs jusqu'à la fatigue. Ordinairement on fait deux à trois mouvements avant la séance de massage et autant après.

VIII

Observations

OBSERVATION I

(Personnelle)

M^{me} J. C... a été soignée par moi étant jeune fille, à cause de l'aménorrhée ; pâle, maigre, avec les jambes poilues. Après le traitement général (fer, opothérapie, massage général, gymnastique congestionnante) les règles sont apparues peu abondantes, irrégulières. Mariage à 18 ans. Stérilité pendant 3 ans.

Examen gynécologique. — Utérus petit, son corps étant de même longueur que le col ; orifice externe punctiforme.

Diagnostic. — Utérus pubescent.

Traitement. — Trois cours de massage gynécologique de vingt séances chacun, suivies de gymnastique congestionnante. L'utérus augmente de volume, les règles deviennent plus abondantes, régulières.

Grossesse un mois après le traitement.

OBSERVATION II

(Personnelle)

M^{me} S. R..., réglée à 18 ans irrégulièrement, avec des pertes insignifiantes. Née de parents entre lesquels existait une grande

différence d'âge (sa mère a eu au moment de son mariage 37 ans, tandis que son père avait 23 ans), et dont l'un (le père), morphinomane, meurt jeune, à la suite de la tuberculose milliaire ; elle est d'une constitution fragile, plus étroite en hanches qu'en épaules. Se marie à 19 ans et reste stérile pendant 2 ans, malgré le désir de tous les parents d'avoir un héritier d'une grosse fortune et d'un nom honorable.

Examen gynécologique. — Le bassin rétréci, le vagin étroit, l'utérus petit en antéflexion prononcée, le col long, de forme conique.

Diagnostic. — Hypoplasie des organes génitaux (utérus fœtal).

Traitement. — Trois cours de massage et de gymnastique congestionnante (pendant trois mois) sont suivis d'une grossesse qui se termine par un avortement. — Deux nouveaux cours de massage. Une nouvelle grossesse suivie d'un nouvel avortement. La malade continue toujours le traitement. Divorcée (à cause de l'absence des enfants), elle se remarie et a une nouvelle grossesse qui dure plus longtemps, mais se termine par un avortement. — Dans deux ans la malade meurt de la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION III

(Personnelle)

M^{me} X..., de 19 ans, s'est mariée il y a trois ans ; pas d'enfants. Oligo-ménorrhée. Utérus infantile. Insuffisance ovarienne.

Traitement. — Massage et gymnastique congestionnante pendant une année, avec les intervalles de repos. L'utérus augmente de volume, les règles deviennent plus abondantes ; grossesse suivie d'un avortement. Mais, après une nouvelle série de massages, une nouvelle grossesse qui se termine normalement.

OBSERVATION IV

(D^r C. Dylion)

Insuffisance ovarienne. — Stérilité

M^{me} G..., 22 ans, mal réglée tous les 3 ou 4 mois, vient me consulter en octobre 1925 pour aménorrhée et commence le traitement. En novembre, les règles reviennent à date fixe, ainsi qu'en décembre. En janvier, suppression des règles, début de la grossesse. Accouchement normal en septembre 1926.

OBSERVATION V

(D^r C. Dylion)

Insuffisance ovarienne. — Aménorrhée. — Stérilité

M^{me} M..., 25 ans, vient me consulter en octobre 1924, pour aménorrhée depuis 2 ans.

Traitement pendant 3 mois. Les règles reviennent en janvier. Grossesse.

OBSERVATION VI

(Personnelle)

M^{me} L..., âgée de 22 ans, réglée tard (à 18 ans), perdait très peu, avait de la tuméfaction de la peau des mains et des jambes. Mariée depuis 3 ans sans enfants.

Examen gynécologique. — L'utérus petit, d'une consistance ferme, peu mobile.

Diagnostic. — Insuffisance des glandes endocrines.

Traitement. — Trois séries de la cinésithérapie avec l'opothérapie thyroïdienne.

Grossesse.

OBSERVATION VII

(Personnelle)

M^{me} O..., âgée de 25 ans, mariée, sans enfants, depuis 3 ans. Puberté normale, ainsi que les règles pendant les deux premières années ; ensuite apparaissent l'oligo-ménorrhée, l'embonpoint, la bouffissure du visage, le refroidissement des extrémités. Les organes génitaux sont normaux.

Diagnostic. — Insuffisance thyroïdienne. Infantilisme régressif.

Traitement. — Cinésique, cure d'air et de repos pendant une année (avec les intervalles). Amélioration de tous les symptômes.

Grossesse.

OBSERVATION VIII

(D^r Hélène Sosnovska)

M^{me} M..., 25 ans, mariée depuis 7 ans, sans enfants ; santé générale bonne, mais les règles retardantes et insuffisantes.

A l'examen, on trouve l'utérus très petit, infantile, mou, divisé en deux par un rétrécissement très marqué de l'isthme. Les ovaires et les trompes normaux. J'ai soigné cette malade difficile pendant 2 ans ; elle a fait des séries de massage qui duraient 6 semaines par an. Le **résultat** a été parfait : elle a eu deux grossesses ; ses deux enfants ont maintenant 10 et 12 ans.

OBSERVATION IX

(D^r Hélène Sosnovska)

M^{me} de G..., 23 ans. Santé générale parfaite, règles retardantes, mais suffisantes. A l'âge de 14 ans, le Professeur Gosset l'a opérée d'un kyste dermoïde. Mariée à 20 ans, est restée veuve peu après. Remariée à 21 ans, pas d'enfants au bout de 2 ans de mariage ; désespoir. Vient me consulter.

A l'examen gynécologique, on trouve un utérus petit, mais le col très long, avec orifice punctiforme, tout en latéroposition gauche.

Après un traitement de Brandt assez long, la malade est devenue enceinte ; grossesse et accouchement parfait. Elle a, depuis, eu trois enfants.

OBSERVATION X

(D^r Hélène Sosnovska)

La comtesse d'E..., 30 ans, nerveuse, eczémateuse, très malheureuse de ne pas avoir d'enfants, depuis 10 ans qu'elle est mariée.

A l'examen, on trouve l'utérus petit, infantile, à gauche ; les ovaires et les trompes normaux. Les règles régulières, mais petites.

Elle a eu un fils après quelques semaines de traitement de Brandt.

OBSERVATION XI

(Personnelle)

M^{me} G..., 22 ans, maigre, pâle, souffre de névralgie sciatique. Les règles, très peu abondantes, durent cinq à six jour-

nées ; douloureuses ; accompagnées de dépressions morales et physiques. Mariée depuis 3 ans, sans enfants.

Examen. — Utérus petit, antéflexion.

Diagnostic. — Aplasie utérine. Insuffisance ovarienne avec une fonction incomplète des glandes surrénales.

Traitement. — Massage et gymnastique congestionnante, air, soleil, fer, ars.

Les règles deviennent plus abondantes et moins douloureuses.

Grossesse.

OBSERVATION XII

(D^r C. Dylion)

Stérilité

M^{me} K..., 25 ans ; 3 ans de mariage. Vient en mars 1932, ayant un grand désir d'avoir un enfant.

Traitement de 2 mois.

Grossesse 3 mois après.

OBSERVATION XIII

(D^r C. Dylion)

Stérilité

M^{me} B..., 26 ans ; 2 ans de mariage, pas d'enfants.

Suit un traitement en 1932.

Grossesse. Accouchement normal en juillet 1933.

OBSERVATION XIV

(D^r C. Dylion)

Stérilité

M^{me} P..., 23 ans ; 3 ans de mariage, pas d'enfants.

Traitement suivi de grossesse.

OBSERVATION XV

(Personnelle)

M^{me} R. C..., âgée de 22 ans, mariée depuis 4 ans, sans enfants. Puberté normale. Les règles toujours douloureuses, les douleurs durant les premiers jours.

Examen gynécologique. — Le vagin est petit, sa paroi antérieure est courte, le cul-de-sac antérieur est presque nul, le col regarde en haut et en avant, le corps de l'utérus est en arrière, au-dessous du ligament utéro-sacré.

Diagnostic. — Rétroflexion congénitale.

Traitement. — Trois séries (de vingt séances chacune) de la cinésithérapie.

Grossesse.

OBSERVATION XVI

(Personnelle)

M^{me} R. Y..., âgée de 21 ans, mariée depuis 5 ans, pas d'enfants. Règles normales. Pas d'antécédents gynécologiques.

Examen. — Rétroflexion congénitale. Canal cervical pénétrable.

Traitement. — Massages et gymnastique (deux séries de vingt séances), cure d'air.

Grossesse.

OBSERVATION XVII

(Personnelle)

M^{me} R. F..., 30 ans. Mariée depuis 7 ans, a un enfant âgé de 5 ans ; voudrait avoir d'autres enfants.

Diagnostic. — Rétroflexion fixée de l'utérus (après l'accouchement malheureux).

Traitement. — Quatre séries de massages, redressement manuel de l'utérus.

Grossesse.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle)

M^{me} N. F..., 28 ans ; au début, après son mariage, qui a eu lieu il y a 10 ans, elle a mis au monde un gros garçon. Dès lors elle demeure stérile, souffre du bas-ventre et des reins, des pertes blanches.

Diagnostic. — Rétroversion.

Traitement. — Cinésithérapie gynécologique. Pessaire.

Grossesse.

OBSERVATION XIX

(Personnelle)

M^{me} S..., 23 ans. Vient nous consulter pour infécondité depuis 4 ans après le premier enfant.

Examen. — Aucune affection locale.

Traitement. — Massage, gymnastique congestionnante pendant 3 mois, cure d'air et de repos.

Grossesse.

OBSERVATION XX

(D^r C. Dylion)

Utérus rétrodévié

M^{me} de R..., 27 ans, mariée depuis 7 ans ; pas d'enfants, ni fausse couche. Utérus rétrodévié (probablement congénital). Règles normales.

Traitement — pendant 6 semaines (redressement manuel) avant les vacances. Reprise du traitement en octobre, suppression des règles en novembre.

Grossesse normale, accouchement dans de bonnes conditions. Trois ans après, M^{me} de R... revient pour refaire une autre cure, n'ayant pas d'autres enfants. Même résultat. Comme une nouvelle maternité se faisait attendre elle revient encore la troisième fois et a un troisième enfant.

OBSERVATION XXI

(D^r Hélène Sosnovska)

M^{me} G..., 28 ans, mariée depuis 5 ans, stérile, désire ardemment des enfants.

Elle se plaint de ne pouvoir avoir de rapports avec son mari, parce qu'elle en souffre : vaginisme.

Femme nerveuse, mais la santé générale bonne, règles normales. Comme elle habite la campagne, elle a été soignée seulement deux fois par semaine. Le **traitement** de Brandt a duré plusieurs mois.

Le résultat a été un petit garçon qui a maintenant 10 mois.

OBSERVATION XXII

(D^r Hélène Sosnovska)

M^{me} H..., âgée de 20 ans, bien portante, bien réglée, mais très nerveuse. Mariée depuis 2 ans, pas d'enfants ; désespoir. Les rapports sont impossibles.

Pour l'**examiner**, j'étais obligée de prendre de la vaseline cocaïnée. Vaginisme très prononcé ; mais, au bout de dix séances, les rapports ont pu s'effectuer.

Après plusieurs mois, grossesse ; elle a eu un petit garçon âgé maintenant de 5 mois.

OBSERVATION XXIII

(D^r Hélène Sosnovska)

M^{me} L..., 35 ans, mariée depuis 17 ans, très malheureuse de ne pas avoir d'enfants ; impossible d'avoir des rapports à cause du spasme vaginal.

A l'**examen**, j'étais obligée de me servir de vaseline cocaïnée. Elle a été soignée pendant plusieurs mois.

Grossesse ; a eu deux jumelles. Accouchement pénible, forceps.

OBSERVATION XXIV

(Personnelle)

M^{me} C., âgée de 25 ans, mariée depuis 3 ans, pas d'enfants. Leucorrhée, ménorragies, sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Aucune affection gynécologique précédente.

Examen. — Utérus gros, mou.

Diagnostic. — Congestion pelvienne.

Traitement. — Massage et gymnastique décongestionnante pendant 6 semaines.

Amélioration de tous les symptômes.

Grossesse.

OBSERVATION XXV

(Personnelle)

M^{me} C. L., âgée de 22 ans, s'est mariée à 17 ans ; demeure stérile ; aucune affection antécédente des organes génitaux. Mais leucorrhée, règles insuffisantes ; écoulement insignifiant, dure 5 à 6 jours, douloureux.

Examen. — Utérus mou, gros, en antéflexion ; les ligaments utéro-sacrés sont raccourcis.

Diagnostic. — Cellulite des ligaments utéro-sacrés.

Traitement. — Massage et gymnastique décongestionnante. Etirement des ligaments. Amélioration des symptômes douloureux et des règles.

Grossesse.

IX

Conclusions

1. Dans les derniers temps on a fait des grands progrès dans le traitement de la stérilité. Ces progrès sont dus : à la diathermie, aux nouvelles découvertes dans l'opothérapie, aux progrès récents de l'insufflation et de l'injection tubaire du lipiodol et, enfin, aux essais nouveaux de la chirurgie : opérations plastiques telles que salpingo-raphie, salpingo-pexie, salpingo-stomie, etc. Avec ces méthodes la grossesse est obtenue dans 10 0/0 à 15 0/0 des cas traités.

2. Il serait légitime d'y rappeler la cinésithérapie gynécologique — méthode ancienne, parfois négligée à tort, car elle donne aussi des résultats encourageants; son application est très simple, elle est à la portée presque de chaque gynécologue; comme installation elle ne demande qu'une chaise longue et n'offre aucun risque pour les malades.

3. Elle peut être essayée avec succès dans la stérilité des causes générales :

- a) l'hypoplasie utéro-ovarienne;
- b) l'insuffisance endocrinienne,

et dans la stérilité des causes locales :

- c) les déviations utérines;
- d) les résidus inflammatoires;
- e) les congestions pelviennes.

4. Le traitement cinésique donne les résultats suivants dans les aplasies : un développement de l'utérus (en volume et en forme), à condition que le massage et la gymnastique soient entrepris assez tôt, c'est-à-dire quand la malade n'est pas âgée de plus de 20 à 25 ans; chez les personnes plus âgées, les résultats sont moins favorables; dans l'insuffisance des glandes endocrines les symptômes généraux s'améliorent et la grossesse peut s'installer après ou même au cours du traitement.

Dans d'autres cas les symptômes locaux : les œdèmes et les congestions diminuent ou disparaissent, les ligaments se tonifient, les adhérences s'assouplissent, ce qui permet de corriger les déviations utérines. Tout cela augmente les chances de la maternité.

5. Le succès du massage gynécologique s'explique par la dualité de son action : sur l'état général par le réflexe dynamogénique et sur l'état local. Cette dernière se réalise elle-même par l'action directe sur les œdèmes et les congestions, et par la voie indirecte (les réflexes cutané-sympathiques et purement sympathiques). On suppose qu'au moyen de ces réflexes le massage agit sur l'appareil circulatoire et lymphatique et sur le métabolisme des

tissus par l'intermédiaire des glandes endocrines stimulées dans leur fonction.

6. **Technique du traitement** : chaque séance doit être constituée de deux à trois mouvements de gymnastique (congestionnante ou décongestionnante, suivant les cas, comme nous l'avons exposé dans le chapitre VII), du massage léger et court, et doit se terminer par la même gymnastique. Les principales manœuvres de massage sont : les frictions circulaires, la vibration, l'effleurage, l'étirement et la pression.

Les séances peuvent être quotidiennes ou tous les deux jours. La quantité des séances est de vingt environ pour une série. Après un intervalle de un à deux mois, une autre série, quelquefois même une troisième série, est nécessaire.

7. La gymnastique doit être congestionnante dans l'hypoplasie utéro-ovarienne, dans l'insuffisance endocrinienne, et décongestionnante dans d'autres états morbides du petit bassin, accompagnés de congestion et d'œdème.

VU : *Le président de la thèse,*

J.-L. FAURE.

VU ET APPROUVÉ :

Le doyen de la Faculté de Médecine,

M. ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie,

M. CHARLETY.

X

Bibliographie

BATIRAUD, *La stérilité féminine ; ses causes, son traitement.*
Paris, 1922.

BLOCH (J.-C.), *Chirurgie plastique de la trompe dans la stérilité.*

BROCQ (P.), *Diagnostic pratique de la stérilité chez la femme.*

CHATILLON (F.), *Stérilité d'origine utérine. Diagnostic et traitement.* — *Gynéc. et Obstétr.*, Aug. 1927.

COUVELAIRE, *La stérilité chez la femme.* — *Progrès Méd.*, Paris, 1921.

DEVRAIGNE et SEGUY, *Où en est actuellement la question de la stérilité féminine.* — *La Médecine*, Paris, 10 avril 1929.

DOUAY, *La stérilité féminine.* — *Gynéc. et Obstétr.*, Paris, 1925.

DOUAY, *Stérilité d'origine tubaire.* — *Gynéc. et Obstétr.*, Paris, 1928.

DYLION, *Traitement kinésique de la stérilité chez la femme.* — *Arch. gén. de kinésith.*, Paris, 1910.

• FAURE (J.-L.) et SIREDEY, *Traité de gynécologie médico-chirurgicale.* 1928,

- FRUMUSANU (J.), *Du massage et de quelques-unes de ses applications en obstétrique*. Paris, 1901, thèse.
- HIRSCH (M.), *Douleurs cellulitiques et ménopause*. — Thèse de Paris, 1928.
- MATRAT, *Le massage gynécologique*. — *Revue Médicale*, novembre 1930.
- NETTER (L.), *Massage gynécologique*. — *Monde Médical*, Paris, 1927.
- NETTER (L.), *Effets et mécanisme du massage gynécologique*. — *Gynéc. et Obstétr.*, août 1928.
- ROMANO, *Effets dynamogéniques de la kinésithérapie gynécologique*. — Thèse 1894.
- STAPFER, *Traité de kinésithérapie gynécologique*. — 1897.
- SIREDEY, *Quelques considérations sur le traitement de la stérilité chez la femme*. — *J. de Méd. et de Chir.*, Paris, 1929.
- SCHIL (Louis), *Massage en gynécologie*. — *Paris Méd.*, 20 juin 1924.
- SOSNOVSKA, *Quelques cas de stérilité guéris par le traitement de Brandt*. — Congrès International de gynécologie à Rome, 1902.
- SOSNOVSKA, *Thérapeutique gynécologique de Brandt*. — Ed. Doin, 1922.
- VIGNES, *Quatre leçons sur la stérilité*. — *Progrès Méd.*, 1926, Paris.
-

TABLE des MATIÈRES

I. Les différentes méthodes du traitement de la stérilité :

L'opothérapie	12
La diathermie	13
L'insufflation	13
La chirurgie	13

II. Les avantages du traitement cinésithérapique.

Les succès du massage gynécologique en Russie	17
---	----

III. Le diagnostic et l'exposé des cas de la stérilité susceptibles d'être traités par le massage.

Hypoplasies utérines	21
Insuffisance endocrinienne	23
Déviation utérines et résidus inflammatoires	26
Vaginisme	27
Congestions pelviennes	27

IV. Traitement cinésique et ses effets

29

V. Mécanisme de l'action du massage.

Action du massage sur l'appareil circulatoire et
lymphatique 34-35

Mode d'action du massage sur les sécrétions in-
ternes de l'ovaire, sur la cellulite et les autres
lésions locales issues de l'inflammation ou de
la congestion 35-36

VI. Technique du traitement 38

VII. Gymnastique congestionnante 42

Gymnastique décongestionnante 44

VIII. Observations 46

IX. Conclusions 57

X. Bibliographie 60

